

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930 - 1931 N° 89

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SALPINGITES HAUTES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 26 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Docteur Alexandre ROUMAGNOU

Né à Paulhac (Haute-Garonne), le 12 Juin 1904

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

Téléphone : Vaudrey 32-55

LYON

1930

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SALPINGITES HAUTES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930 - 1931 N° 89

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SALPINGITES HAUTES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 26 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Alexandre ROUMAGNOU

Né à Paulhac (Haute-Garonne), le 12 Juin 1904

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

Téléphone : Vaudrey 92-55

LYON

1830

PERSONNEL DE LA FACULTE



Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales.	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique.	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique.	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATATJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (J.)	MARTIN (J.)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOUT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (A.)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU Ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. VILLARD, Président ; VORON, Assesseur
MM. CHALIER A et CIBERT, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

À LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE

Mon premier Maître, noble exemple de civisme, de travail et d'abnégation.

A MA MERE

Qui s'est imposée pour mon bonheur de lourds sacrifices. Que cet humble travail vienne lui témoigner mon indéfectible attachement et lui apporte quelque joie.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR E. VILLARD

Professeur de Clinique Gynécologique

En témoignage de profond respect
et de reconnaissance pour l'honneur
qu'il a bien voulu nous faire en nous
confiant ce travail et en présidant
notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. MONTEL

Chef de Clinique Gynécologique.

Sa science nous a été d'un précieux secours ; pour tout l'intérêt qu'il nous a témoigné, nous l'assurons de notre profonde gratitude.

A NOS JUGES

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE LYON ET TOULOUSE

A NOS MAITRES
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études nous sommes heureux d'exprimer notre gratitude et nos remerciements à nos Professeurs de Lyon et de Toulouse.

C'est à Toulouse que nous avons appris les premières notions de Chirurgie et de Médecine ; grâce aux Professeurs Morel, Jean Tapie, Laporte, Dambrin, qui avaient bien voulu nous accepter comme externe dans leur service, et aux Docteurs Bernarbeig, Louis Morel, F. Bertrand, qui m'ont permis de faire mes premiers pas.

A Lyon, nous avons été heureux de pouvoir continuer notre éducation médicale en suivant les cliniques des Professeurs Gallapardin, Savy, Cade, Nicolas, Lépine, Voron.

En particulier nous avons été accueilli dans le service de M. le Professeur Villard avec courtoisie et bienveillance. M. le Professeur Villard nous a suggéré l'idée de notre thèse et nous a fait le grand honneur d'en accepter la présidence. Par ses cliniques que nous aimions suivre et son enseignement judicieux il nous a permis de gravir sans peine les avants-monts de la Gynécologie. Qu'il nous soit permis de

lui exprimer ici notre gratitude et notre respectueuse reconnaissance.

Nous avons trouvé chez M. le Docteur Montel, Chef de clinique gynécologique, un prodigue de conseils : il nous a guidé pas à pas dans notre étude ; ne ménageant ni son temps, ni sa peine. Nous sommes heureux de lui dire ici combien l'intérêt amical qu'il nous a témoigné nous a profondément touché. Qu'il veuille accepter notre profonde gratitude et nos remerciements.

Nous voudrions que MM. les Docteurs Quincieux, Labry et Caillot, qui en toute occasion ont cherché à nous perfectionner dans la pratique gynécologique, trouvent ici, de même, nos sincères remerciements.

A Toulouse nous eûmes le bonheur de connaître le Docteur Bernarbeig, Chirurgien des Hôpitaux, qui en maintes occasions nous témoigna son estime et son amitié ; nous sommes heureux qu'il trouve en cette occasion l'expression de notre dévouement. Nous remercions aussi particulièrement le Docteur F. Bertrand, Chef de Clinique chirurgicale, de son enseignement qui nous profite tous les jours.

Au cours de nos études, nous avons trouvé un parfait et loyal ami : le Docteur J. Castex ; qu'il trouve ici l'expression de mon affectueuse et inaltérable amitié.

HISTORIQUE

L'étude des affections inflammatoires des organes annexiels commence réellement au milieu du XVIII^e siècle. C'est vers cette époque, en effet qu'Astruc et Portal signalèrent des cas d'affection de la trompe, et tâchèrent d'en expliquer leur pathogénie.

En 1859, Aran prouva que l'infection avait pour point de départ la cavité utérine, et ne se propageait que secondairement à la trompe ; Bright, Lisfrand, Brouardel, Siredey, en reprirent l'étude, et Wirchow en rechercha l'histologie.

L'histoire clinique cependant faisait toujours défaut et les salpingites restaient confondues avec les autres affections du bassin et par conséquent traitées de même.

C'est Lawson Tait, qui en 1872, faisant le premier l'ablation des annexes malades, donna un esprit nouveau à la question qui prit, grâce aux laparatomies devenues fréquentes, un essor particulier ; le champ d'études se limita et l'on put individualiser d'une façon absolue la salpingite des autres affections pelviennes. L'étiologie s'établit, le tableau clinique se précise, les indications opératoires se développent

grâce aux travaux plus modernes de Cornil, Terrillon, Bouilly, Terrier, Montprofit, Mordet, Delbet, Pozzi, Segond, Trélat et Péan en France ; à l'étranger, grâce à Ortlmann, Naget, Bulin, Veit. L'histoire des salpingites était entrée, dans une phase vraiment scientifique ; reprise, remaniée, complétée de nos jours elle repose aujourd'hui sur des assises solides et profondes ; et lorsque nous nous reportons aux ouvrages contemporains de J.-L. Faure, Jayle, Boursier, Forgue, Bender, Begouin, nous sommes heureux de constater que l'accord est parfait sur les points essentiels.

Il reste néanmoins de nombreux points de détail très intéressants dans cette étude des salpingites.

C'est ainsi que M. le Professeur Villard, dans la thèse de son élève Pinatzis, avait bien étudié et isolé sous le nom de « *Salpingites hautes* » un type particulier des infections des trompes ; particulier à la fois par son étiologie, par ses caractères anatomiques et par son évolution clinique.

Déjà, en 1889, Terrillon entrevoyait la formation d'une collection suppurée abdominale à point de départ annexiel ; constatant la fréquence des positions anormales des annexes il notait la banale salpingite haute.

Montprofit et Mordet dans leur thèse remarquent la situation iliaque des annexes sans en rechercher la cause. En 1899, Bouilly signale la position anormale d'un petit kyste haut situé et l'explique par un utérus gravide de six mois. D'autre part les accoucheurs connaissent bien et décrivaient ces suppurations haut

situées vers les fosses iliaques, survenant après les accouchements et les avortements ; mais ils les interprétaient toujours comme des inflammations du ligament large et c'était la forme cliniquement décrite du phlegmon haut du ligament large.

C'est à M. le Professeur Villard que revient le mérite d'avoir montré le premier dans une communication faite à la Société de Chirurgie de Lyon en 1900, que du point de vue de leur étiologie, de leur évolution clinique, de leur thérapeutique spéciale, il existait une catégorie particulière d'inflammations tubaires et il baptisa cette variété du nom de « *salpingites hautes* ».

Pinatzis, élève de M. le Professeur Villard, fit une excellente étude d'ensemble de la question dans sa thèse où il put réunir vingt cas.

Depuis, ces idées ont été reprises ; en 1913, De Rouville et Néollier dans sa thèse apportent deux nouveaux cas de pyosalpinx hauts, et insistent sur la pathogénie, montrant la fréquence des cas où l'inflammation annexielle est secondaire à une sigmoïdite ou péricisimoïdite qui est la plupart du temps la conséquence et non la cause de ces salpingites hautes.

Forgue et Massabuau, dans leur livre classique, citant les travaux de M. Villard insistent sur l'importance des salpingites hautes abdomino-iliaques et la difficulté du diagnostic de ces infections.

En 1921, à la Société Anatomique de Paris, Mossé et Moulounguet font une communication sur deux cas de salpingite haute observés dans le service de J.-L. Faure. Ils insistent sur la fréquence de

ces localisations infectieuses qui pour eux ne sont pas très souvent d'origine puerpérale.

A l'étranger les travaux sur cette question sont peu nombreux et assez imprécis : Oppel, cite un cas où la trompe était en contact intime avec l'appendice dans la fosse iliaque droite ; cette trompe étant atteinte de lésions infectieuses.

Greckow, rapporte qu'après le diagnostic d'appendicite à l'intervention il se trouva en présence d'une salpingite haute droite, adhérente à l'épiploon, il explique la position élevée des annexes par le fait de la gravidité de l'utérus.

Aleck. W. Burne, dans son étude sur les salpingites puerpérales reconnaît constante la position élevée des trompes au moment de la grossesse, et sa fixation par des adhérences aux viscères abdominaux.

En somme, les travaux étrangers signalent bien la fréquence des lésions inflammatoires des annexes en position iliaque, mais il n'existe pas de travail d'ensemble sur la pathogénie ni sur les caractères anatomocliniques et évolutifs.

M. le Professeur Villard, dans la Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, à l'occasion du jubilé du Professeur Pollosson, en 1925, a précisé à nouveau sa pensée en montrant que cette variété d'infection survenant après l'accouchement ou l'avortement que les accoucheurs présentent sous le nom de phlegmon haut du ligament large ne représente le plus souvent qu'une des variétés des infections tubaires ou péri-tubaires hautes,

CHAPITRE PREMIER

Étiologie et Pathogénie

Une notion étiologique dont l'importance domine toute l'étude des localisations hautes des salpingites, c'est qu'elles sont le plus souvent consécutives à l'infection puerpérale, que celle-ci survienne après un accouchement, ou après un avortement spontané ou provoqué. M. Villard insiste tout particulièrement sur ce fait dans son enseignement, et dans ses écrits ; et il oppose volontiers cette situation anatomique haute des infections post-partum et post-abortum à la fréquence des localisations basses dans le cul-de-sac latéral ou dans le cul-de-sac de Douglas, des lésions consécutives à l'infection gonococcique. De nombreux faits viennent appuyer cette conception : dans toutes les observations, la notion d'un accouchement suivi d'infection ou d'un avortement, est notée dans les antécédents de la malade ; l'évolution anatomique et clinique que nous verrons plus tard est bien celle qui est propre aux infections puerpérales ; certaines formes anatomiques et cliniques bien précises telles

que la péritonite suppurée enkystée péritubaire simulant le phlegmon supérieur du ligament large ne peuvent laisser aucun doute sur leur étiologie, puisqu'elles se constituent de suite après l'accouchement.

L'agent microbien est donc l'agent habituel de l'infection puerpérale, c'est-à-dire le streptocoque. Il faut reconnaître que si la constatation de ce microbe est facile dans certaines formes, sa découverte peut présenter quelques difficultés dans le cas d'association microbienne avec le gonocoque en particulier ; en tout cas, l'évolution anatomique et clinique laisse bien supposer qu'il s'agit d'un streptocoque de virulence moyenne puisque au lieu d'aboutir à l'infection puerpérale généralisée, il se cantonne très vite en des lésions localisées.

Quelles sont les conditions pathogéniques qui président à la formation des salpingites ou périsalpingites hautes ?

Un point pathogénique est commun à toutes les lésions qu'elles soient salpingiennes vraies sous l'aspect d'une salpingite typique, ou qu'elles soient salpingiennes sous le type de la péritonite enkystée péritubaire ; c'est que la situation anatomique haute est conditionnée par l'état gravidique.

L'ascension utérine, au cours de la grossesse, entraîne naturellement avec elle les trompes qui prennent ainsi une position iliaque. Normalement, après l'accouchement ou l'avortement, lorsque l'utérus subit son involution, les trompes reprennent progressivement leur position pelvienne ; mais si une infection utérine vient retarder ou empêcher cette involu-

tion, les trompes garderont cette position haute ; et, c'est dans les fosses iliaques qu'elles se trouveront fixées par l'infection qui les atteint.

C'est Terrillon, qui le premier en 1889, acceptant la formation d'une collection suppurée abdominale d'origine annexielle avec plastron de la fosse iliaque, entrevit la possibilité de cette localisation haute de lésion intra-péritonéale ayant son point de départ dans les organes pelviens.

Depuis longtemps d'ailleurs, les accoucheurs décrivaient le phlegmon haut du ligament large, affirmant ainsi la fréquence de ces localisations hautes des infections post-partum.

Si ce point pathogénique qui conditionne la situation haute de certaines infections salpingiennes et périsalpingiennes est indéniable, il reste à savoir par quel mécanisme, l'infection streptococcique aboutit tantôt à la formation d'une salpingite vraie, tantôt à la formation des collections suppurées enkystées péri-tubaires.

M. Villard a bien insisté sur les conditions pathogéniques tout à fait spéciales qui président à la formation des collections suppurées enkystées péri-tubaires : C'est parce que l'infection est assez virulente, ou, survient sur une trompe antérieurement assez saine pour permettre la formation d'un abcès péritonéal avant que le processus de défense tubaire ait pu entrer en jeu par la fermeture du pavillon ; c'est parce que la trompe est un simple vecteur de l'infection qui l'effleure à peine pour retentir sur le péritoine voisin, qu'on observe ainsi la formation d'une péri-

tonite enkystée au lieu d'une salpingite ; « la trompe est surprise en quelque sorte avant d'avoir pu organiser ses barrières défensives et le péritoine paye les frais de son intégrité ». Ce mécanisme est certain, il existe même dans l'infection gonococcique dont on connaît les flambées péritonéales bénignes et à grand fracas qui traduisent l'irruption brusque du microbe au niveau du péritoine pelvien, avant même que soit constituée une lésion salpingienne véritable. Les constatations anatomiques faites pour ces pseudo-phlegmons hauts du ligament large ne laissent aucun doute ; on voit dans la plupart des cas le pavillon de la trompe libre, ouvert, par où sort une goutte de pus ; le canal perméable mettant en communication la poche péritonéale et la cavité utérine. L'issue de sang menstruel après une incision abdominale d'un de ces abcès pérutubaires signalée dans une observation publiée par M. Villard montre bien la réalité de cette communication. On ne voit pas comment il serait possible d'admettre pour cette inoculation directe du péritoine, le mécanisme classiquement décrit de la propagation de l'infection par voie lymphatique ou par voie veineuse.

Cette conception personnelle de M. Villard sur la nature véritable des suppurations iliaques survenant au décours des accouchements ou des avortements est encore fort discutée par beaucoup d'accoucheurs ; ceux-ci prétendent qu'il s'agit toujours de suppurations du tissu cellulaire du ligament large à propagation vers les régions iliaques. Si l'on ne peut nier qu'il existe en effet des suppurations de cet ordre,

il est non moins certain qu'elles sont exceptionnelles, et que les soi-disant *phlegmons hauts* du ligament large sont la plupart du temps des collections intra-péritonéales suppurées, enkystées autour de la trompe. En dehors des considérations anatomiques qui plaident en faveur de cette idée, de nombreuses constatations opératoires viennent l'étayer. *Anatomiquement*, en effet, si toute la partie inférieure du ligament large du paramètre est essentiellement constituée par du tissu cellulaire, au contraire, la partie haute de ce ligament ne contient vraiment que très peu de tissu cellulaire ; l'on ne comprend guère, qu'aussi peu abondant, il puisse être le point de départ de cette suppuration ; d'autre part tout le système lymphatique et veineux par où pourrait se faire la propagation des infections est, lui aussi, à peu près cantonné dans la base du ligament large.

Presque toutes les *constatations opératoires* viennent confirmer ce que fait en somme, prévoir l'anatomie. Dans toutes nos observations, sans exception, la collection suppurée était intra-péritonéale. S'il est des cas où l'opération devant se réduire à une simple ouverture d'abcès, en raison de l'état de la malade, ne permet pas de retrouver au milieu de cet abcès la trompe ouverte, dans la plupart lorsque l'abcès est de volume moyen on retrouve la trompe œdématiée, augmentée de volume, avec son ostium abdominale ouvert ; il ne peut y avoir alors aucun doute, l'on est bien au milieu de la cavité péritonéale.

Quant à la salpingite haute vraie du type pyosalpinx ou hydrosalpinx, elle est probablement condi-

tionnée, soit par un état antérieur de la trompe, soit surtout par une infection atténuée et lente, moins massive que dans la forme précédente et qui a laissé ainsi le temps à la trompe de réagir par son mécanisme de défense habituel qui aboutit à l'obturation du pavillon tubaire.

Il est d'ailleurs fréquent, et nous y reviendrons plus loin, de voir l'infection atteindre profondément l'ovaire qui peut même être complètement détruit par la suppuration.

CHAPITRE II

Etude anatomique

L'infection post-partum ou post-abortum, peut créer au niveau des trompes fixées en position iliaque par la sub-involution utérine, deux variétés essentielles de lésions dont l'évolution anatomique sera distincte comme le sera l'évolution clinique.

Un premier type est créé par cette variété que M. Villard a dénommé la *péritonite suppurée enkystée péritubaire* qui correspond à la forme habituelle décrite par les accoucheurs sous le nom de pseudo-phlegmon haut du ligament large. Il n'est pas niable qu'il peut exister de véritables phlegmons hauts du ligament large, la suppuration décollant le péritoine postérieur jusqu'à la fosse iliaque ; mais la plupart du temps les suppurations hautes localisées que l'on constate au cours des infections puerpérales sont presque toujours des collections enkystées autour de la trompe dans le péritoine.

Il est inutile d'insister sur le processus anatomique de formation d'abcès qui se fait et qui s'enkyste sui-

vant les modalités habituelles de la séreuse péritonéale. La poche purulente est en tout cas, située derrière la paroi antérieure de la fosse iliaque. Ses limites étant fixées par les adhérences péritonéales plus ou moins solides, unissant tous les organes du voisinage, intestin, épiploon. Les dimensions et l'étendue de ces abcès sont très variables ; tantôt de petit volume ne dépassant que quelques cuillerées de pus, tantôt au contraire, mais plus exceptionnellement, très volumineuses pouvant bomber alors jusqu'à la région ombilicale. Un point anatomique est tout à fait particulier à ces péritonites enkystées ; c'est qu'il est de règle de trouver au cours des interventions et de la libération des adhérences, un pavillon tubaire avec son ostium abdominale libre et ouvert au milieu de la poche purulente ; c'est d'ailleurs la constatation de cette liberté du pavillon de la trompe qui explique la pathogénie spéciale de ces péritonites enkystées. Il est fréquent que ces lésions enkystées soient unilatérales et que les trompes des annexes de l'autre côté ne présentent rien d'anormal.

L'évolution anatomique de cette variété de péri-salpingite haute se fait suivant l'évolution habituelle de toute poche purulente enkystée, c'est-à-dire qu'abandonnée à elle-même elle évoluerait vers l'ouverture dans un organe creux ou dans le péritoine libre, ou plus rarement à la paroi.

Mais l'ouverture chirurgicale vient le plus souvent entraver cette évolution. Que cette intervention se soit contentée de drainer ou qu'elle ait enlevé la trompe malade, la fréquence et l'importance de la

rétrocession des reactions inflammatoires et de l'abcès est de notion courante dans les infections puerpérales.

Toute autre est la lésion anatomique qui constitue la *salpingite puerpérale vraie*. Il s'agit alors non plus d'une trompe ouverte dans un abcès, mais d'une *trompe fermée* dont l'inflammation a épaissi et transformé les parois, à l'intérieur de laquelle s'est formé un liquide d'exsudation tantôt séreux formant un hydrosalpinx, tantôt, le plus souvent, un pyosalpinx.

Il importe d'insister dans ces formes sur la fréquence et l'étendue des lésions ovariennes qui accompagnent ces lésions salpingiennes, ou même qui les dominent de beaucoup. M. Villard a d'ailleurs insisté sur ces lésions dans un article publié avec son élève Michon. Il est bien évident, en outre, qu'ici comme dans toutes lésions salpingiennes, il peut exister diverses modalités réactionnelles des tissus de voisinage ; fixant autour de la trompe malade, par des adhérences l'intestin, parfois le grêle, le plus souvent le colon sigmoïde et l'épiploon, créant même parfois de petits abcès péritubaires qui se crèveront au cours de la libération chirurgicale. Enfin les variétés de lésions uni ou bilatérales peuvent se rencontrer dans cette forme.

A propos des lésions anatomiques concomitantes des organes voisins, en particulier des lésions de l'appendice à droite, et, surtout des lésions du colon sigmoïde qui peuvent déterminer des phénomènes de përisigmoïdite et de sigmoïdite, nous pouvons insister sur des faits qui sont particulièrement classiques.

Il est bien certain que ce sont des lésions de voisinage, qui rétrocedent avec la disparition de la lésion salpingienne qui les conditionne.

L'évolution anatomique de ce type de salpingite vraie, est, en dehors du fait qu'elle se constitue après un accouchement ou un avortement, à peu près celle d'une salpingite banale ; mais il faut noter cependant la lenteur de l'évolution, la tendance très marquée à la rétrocession naturelle, caractère anatomique bien spécial des lésions streptococciques, et, sur lequel nous avons déjà insisté ; et surtout, le fait que cette évolution anatomique se fait en situation élevée dans la fosse iliaque, sans aucune tendance à la constitution de lésions pelviennes ; ce qui les met bien ainsi en opposition complète avec l'évolution des lésions gonococciques.

CHAPITRE III

Etude Clinique

La double évolution anatomique des infections annexielles post-partum ou post-abortum se retrouve au point de vue clinique. Il existe, en effet, deux types cliniques assez distincts dans leur symptomatologie et dans leur évolution qui se superposent exactement aux types anatomiques que nous avons décrits. L'un de ces types est la péritonite enkystée péri-tubaire ou phlegmon haut du ligament large des accoucheurs ; l'autre est représenté par les salpingites hautes vraies du type hydro ou pyosalpinx.

LA PERITONITE SUPPUREE ENKYSTEE PERITUBAIRE

(Pseudo-phlegmon du ligament large.)

Le début de cette forme, se produit en général un temps assez court après l'accouchement ou l'avortement, qui est à la base de l'infection péritonéale. La

phase de latence ou de demi latence, qui ordinairement, ne dépasse guère au plus trois ou quatre semaines, peut après quelques accidents initiaux s'étendre parfois sur plusieurs mois. Le plus souvent, les choses ne se passent pas ainsi : il s'agit d'une malade qui après un accouchement ou un avortement, présente de petits signes d'infection utérine. De légères poussées thermiques se manifestent, 38° - $38^{\circ}4$, accompagnées de petits frissonnements. Le pouls marque parallèlement une légère ascension. Les écoulements utérins sont un peu odorants, et la malade se plaint déjà de douleurs abdominales et pelviennes vagues. Ce sont là, en somme, tous les symptômes qui font prévoir le début d'une infection puerpérale ; et, l'on se demande si celle-ci va se généraliser ou se cantonner en des régions localisées.

Peu à peu, en effet, les symptômes locaux se précisent, soit immédiatement, soit parfois après une sorte d'intervalle libre qui faisait espérer une rétrocession heureuse. Les douleurs deviennent alors plus intenses ; mais elles sont à siège iliaque au-dessus des arcades crurales, bien distinctes déjà des douleurs des infections gonococciques, pelviennes et lombosacrées ; elles sont permanentes ou parfois même exagérées par crises paroxystiques ; en même temps la fièvre augmente, soit par ascension brusque, soit de façon progressive, elle atteint alors 39° , $39^{\circ}5$, dépassant même, parfois, 40° . Les signes généraux suivent naturellement la même courbe progressive ; mais ce sont surtout les signes locaux qui peu à peu se précisent. La palpation abdominale douloureuse dans la,

ou les fosses iliaques révèle, ou du météorisme abdominal, ou déjà une sensation d'empâtement profond, sensation un peu analogue à celle d'un plastron appendiculaire. A un stade plus avancé, on perçoit une tuméfaction très nette, de forme, de volume variable, douloureuse, dure étalée en plaque, paraissant en rapport intime avec le péritoine pariétal antérieur de la fosse iliaque, et le plus souvent unilatéral. Ce sont en résumé, tous les caractères du plastron abdominal et classiquement décrit dans le phlegmon supérieur du ligament large.

Si l'on cherche par le toucher combiné au palper, à préciser les rapports de cette masse inflammatoire avec les organes abdomino-pelviens, on constate d'abord qu'elle est haute, le cul de sac latéral correspondant est assez libre ; le doigt déprimant fortement la muqueuse atteint à peine le pôle inférieur de la tumeur qui apparaît dure, fixée, plus ou moins étendue. Cette masse est indépendante de l'utérus qui présente tous les signes d'une involution retardée par l'infection : il est un peu gros, douloureux, mais assez mobile et bien distinct de la tuméfaction. La tumeur inflammatoire ne présente pas à ce moment du moins de prolongement ; elle s'arrête en bas de l'arcade crurale, respectant le canal inguinal, le paramètre de Douglas. Rien ne peut donc mieux décrire ce plastron que dire qu'il simule absolument un plastron appendiculaire.

L'évolution de cette péritonite enkystée péritubaire est variable. Le plus souvent la suppuration survient. Les signes généraux s'aggravent ; la température

oscille entre 38°5, 39°5 et 40° ; le pouls est rapide et l'aspect de la malade n'est pas sans donner des inquiétudes.

A la palpation de la fosse iliaque quand le pus qui vient bomber sous la paroi ne laisse plus de doute sur la présence d'une poche purulente, on ouvre par le ventre cet abcès, qui vient pour ainsi dire au devant du bitouri, mais qui menaçait aussi de diffuser dans le péritoine si l'on n'était pas intervenu. Après cette ouverture, la guérison se produit le plus souvent au bout de quelques jours ; parfois il persiste un trajet fistuleux et, c'est dans ce cas, que M. Villard avait signalé l'écoulement de sang menstruel par ce trajet. Cette modalité évolutive, bien que la plus fréquente, n'est pas constante ; on peut voir, en effet, à la période du plateau, alors que l'on a l'impression d'une grosse masse due aux adhérences des organes voisins, les symptômes peu à peu s'amender, la température tomber après quelques à-coups, et les signes locaux se résorber très lentement sous l'influence du traitement médical ; et cette rétrocession possible n'est pas un des moindres caractères de l'évolution des infections d'origine puerpérale.

Enfin, il est bien évident que à l'opposé si l'on laisse évoluer un de ces abcès péri-tubaires, des complications graves peuvent en résulter : l'ouverture de l'abcès dans la grande cavité péritonéale est possible, ou même dans un viscère creux ; mais le plus souvent la persistance de l'abcès entraîne des phénomènes infectieux généraux qui emportent la malade. Actuellement, la pratique des interventions précoces, a à peu

près complètement fait disparaître une telle modalité évolutive.

LA SALPINGITE HAUTE VRAIE

Assez différente dans sa symptomatologie et dans son évolution, se trouve un deuxième type de ces infections annexielles d'origine puerpérale.

Le début a cependant bien des caractères communs avec la forme précédente. Il s'agit là encore d'une femme qui vient d'avoir un accouchement ou un avortement et chez laquelle les mêmes petits signes d'infection se manifestent ; la température est sub-fébrile avec quelques frissons, un peu d'anorexie ; les lochies sont un peu fétides et l'on se demande à nouveau quelle va être la nature de l'infection puerpérale. Mais alors que dans la forme précédente les symptômes prenaient très vite une allure aiguë, ici, au contraire, les phénomènes vont prendre une marche sub-aiguë pour aboutir peu à peu à la constitution d'une lésion annexielle typique, ordinairement un pyosalpinx.

Progressivement, en effet, en même temps que les petits signes généraux persistent, les symptômes généraux se précisent aux examens successifs. Le palper abdominal ne révèle plus cette masse de la fosse iliaque, mais simplement un peu de douleur, et parfois, au-dessus de l'arcade crurale, dans la profondeur, la sensation d'une légère tuméfaction.

C'est le toucher combiné au palper qui renseigne vraiment sur la nature de cette lésion. Dans un cul-

de-sac latéral on perçoit une masse plus ou moins volumineuse, allongée transversalement, donnant la sensation d'un pyosalpinx en raison de sa forme tantôt arrondie, de consistance kystique faisant penser à la coexistence ou à la prédominance de lésions ovariennes. Cette masse peut être assez distincte dans ses contours, ou au contraire peut avoir des limites imprécises ; dans ce dernier cas, on a souvent l'impression d'un volume beaucoup plus considérable qu'il ne sera trouvé opératoirement, en raison des adhérences des organes voisins, intestin, épiploon, qui viennent ainsi doubler la masse salpingienne. Mais le caractère essentiel, en dehors de toutes ces modalités d'aspect, c'est que cette lésion annexielle n'est pas perçue bombant nettement dans le cul-de-sac latéral ou de Douglas, comme le fait habituellement une lésion gonococcique ; elle est à bout de doigt dans le cul-de-sac, en situation élevée, nettement dans la fosse iliaque.

Il est important d'insister sur un autre point, non plus dans la symptomatologie locale, mais dans la symptomatologie fonctionnelle, et qui l'oppose ainsi dans une certaine mesure aux lésions d'ordre gonococciques : *La Douleur*, qui dans ces dernières est toujours un symptôme de premier ordre, douleur pelvienne et surtout lombo-sacrée caractéristique des lésions du Douglas, est au contraire, dans ces formes de salpingites aiguës d'origine puerpérale, un symptôme qui passe au second plan. La lésion peut être volumineuse, et pourtant, elle ne détermine que des tiraillements, de la pesanteur, jamais en tout cas ces

névralgies véritables, ces douleurs sacrées qui sont l'apanage des salpingites dues au gonocoque.

L'évolution de cette forme est essentiellement sub-aiguë et dominée par le fait que, plus encore que dans la forme précédente, les lésions ont une tendance spontanée à la guérison. M. Villard insiste tout particulièrement sur ce point et nous n'avons jamais vu opérer dans son service de ces salpingites qui n'aient été, au préalable, soumises pendant longtemps au traitement médical et au repos absolu. C'est en effet un fait assez surprenant de voir en certains cas des lésions volumineuses rétrocéder complètement, avec libération complète de toutes les adhérences et de tout le magma inflammatoire qui l'entourait ; c'est là encore, un des caractères qui oppose ces lésions puerpérales aux lésions gonococciques.,

Alors que, dans ces dernières, on verra se produire dans toute une existence, des poussées successives inflammatoires qui feront des malades de véritables infirmes incapables de mener une vie normale ; dans les lésions annexielles post-partum ou port-abortum, au contraire, il ne restera plus rien d'une lésion souvent volumineuse et qui même avait pu paraître alarmante. L'infection puerpérale, lorsqu'elle se localise, est, dit M. Villard, en une expression imaginée, « *un feu de paille* » qui peut être impressionnant sur le moment et qui s'éteint bien vite.

Cependant, il ne faut pas généraliser et il est possible au contraire que les lésions persistent, et ne cèdent pas au traitement médical ; que la persistance de la lésion annexielle, pyosalpinx, ovarite, entraîne en-

fin une opération libératrice. Mais, en raison encore de la rétrocession possible, c'est là que les interventions conservatrices trouvent leur justification la plus certaine.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Ces deux aspects principaux que prennent les infections annexielles et périannexielles d'origine puerpérale, soulèvent l'une et l'autre, des problèmes d'un diagnostic particulier.

Dans la forme de péritonite suppurée enkystée péri-tubaire, il semble bien qu'on puisse distinguer deux séries de cas.

Tantôt l'accouchement est récent ; l'apparition de signes infectieux légers va éveiller de suite l'idée de l'infection puerpérale, et l'on a suivi de jour en jour une localisation heureuse ; peu à peu un plastron iliaque s'est formé ; la coexistence des symptômes généraux, fébriles en particulier, ne peut laisser de doutes sur l'apparition d'une suppuration.

Alors peut être soulevée la discussion suivante, qui sera bien plus souvent une discussion d'interprétation pathogénique qu'une discussion de diagnostic ou de thérapeutique.

S'agit-il d'une péritonite enkystée autour de la

trompe ou du véritable phlegmon haut du ligament large, puisque bien exceptionnel celui-ci peut exister ? Au début, la question est à peu près impossible à trancher, et la confusion entre les deux est fatale. La symptomatologie, l'histoire et les notions étiologiques sont identiques. Il existe, cependant, quelques signes qui peuvent permettre de tenter une différenciation en faveur du phlegmon vrai ; empâtement plus diffus, plus précocement étendu du ligament large, la fixité de l'utérus, accolé d'emblé à la lésion, la disposition un peu spéciale du plastron qui peut être parallèle à l'arcade de Fallope ; son orientation vers les prolongements cellulés des ligaments larges, l'extension en pointe vers le pédicule utéro-ovarien ou même parfois vers le canal inguinal, sont autant de points qu'il est classique d'invoquer en sa faveur ; mais qui, il faut bien l'avouer, sont souvent difficile à préciser, beaucoup plus théoriques que pratiques ; et que ces nuances symptomatiques se perdent habituellement dans l'identité des grands symptômes généraux et locaux. C'est peut-être pour cette raison que le pseudo-phlegmon ou péritonite enkystée péri-tubaire est passé longtemps inaperçu.

Si donc, en pratique, lorsque les notions étiologiques sont nettes et récentes il n'y a guère d'autre diagnostic à discuter, il n'en est plus de même lorsque l'étiologie est plus confuse et lorsque le plastron apparaît à droite ; on peut alors confondre ce pseudo-phlegmon avec *une appendicite iliaque ou ilio-pelviennne*. Il faut alors une étude minutieuse des antécédents obstétricaux dans un cas, intestinaux dans l'autre, pour se mettre

en garde contre une erreur. Il faut aussi une étude minutieuse des symptômes, et se rappeler que si les formes typiques à grand fracas péritonéal, à début brusque et à l'évolution rapide de l'appendicite, se distinguent facilement du tableau moins brutal de la péritonite enkystée péri-tubaire ; il n'en est pas de même de certaines formes larvées à début insidieux et à localisation un peu basse ; et, si, cependant, le diagnostic est possible, la douleur apparaît plus haute et les signes de réaction péritonéale sont plus marqués dans le plastron appendiculaire ; il n'en reste pas moins que le diagnostic, dans ces deux affections, peut être cliniquement impossible. Les difficultés sont même parfois telles que, le ventre ouvert, on a peine à retrouver au milieu des adhérences péritonéo-épiploïques, le point de départ des infections.

Dans la *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, MM. Villard et Creyssel citent à ce propos une observation inédite d'une appendicite prise pour un pseudo-phlegmon du ligament large.

Lorsque le plastron siège dans la fosse iliaque, les erreurs seront moins faciles, et il sera habituellement possible de distinguer les péritonites génitales des péri-sigmoïdites ou sigmoïdites lorsqu'elles ne sont pas une complication de lésions salpingiennes voisines par simple retentissement inflammatoire de contact, évoluant pour leur propre compte avec leurs caractères intestinaux très particuliers.

De nombreux auteurs (Michaux, Poulain, Saillant, Patel), ont discuté ces péri-sigmoïdites d'origine génitale. Trousseau disait même de façon précise que la

pingites puerpérales ont tendance à se localiser dans cette position élevée iliaque. Nous avons vu plus d'une fois, dans le service de M. le professeur Villard, celui-ci marquer comme une sorte de réflexe, en face de ce caractère anatomique et c'est alors qu'un interrogatoire précis révélait une histoire d'avortement qui avait passé inaperçu ou que l'on n'avait pas précisé suffisamment.

C'est bien là, le seul point de diagnostic intéressant à discuter et l'on ne voit guère la nécessité de discuter un diagnostic différentiel avec d'autres affections : la seule affection qui puisse simuler la salpingite haute et qu'il importe de ne pas négliger, *c'est la grossesse tubaire*, dans sa forme dite *salpingienne*. Mêmes notions étiologiques, arrêt de règles, pertes ayant simulé d'autant plus un avortement que, l'expulsion d'une caduque utérine a pu se faire, même constatation d'une masse salpingienne en position un peu haute. Cependant il existe toutes les petites nuances cliniques qu'on attribue classiquement à la grossesse tubaire : le col n'est pas franchement ramolli, l'utérus n'a pas le volume qu'il devrait avoir, étant donné l'âge de la grossesse ; la lésion salpingienne n'a pas la position aussi franchement iliaque que dans le cas de salpingite puerpérale, et enfin, il y a les signes cardinaux des pertes brun chocolat, et des crises douloureuses paroxystiques créant de petits ictus abdominaux.

CHAPITRE V

Traitement

Le traitement de ces infections puerpérales localisées, et qu'elles revêtent l'un ou l'autre type : pseudo-phlegmon ou salpingite haute, est dominé par la notion de leur pronostic particulier.

S'il est des cas où l'infection garde malgré la localisation iliaque une allure septicémique et peut ainsi emporter la malade, beaucoup plus souvent, la localisation gynécologique de l'infection puerpérale est un évènement heureux. Quelque soit sa forme, elle représente une étape de régression et change du tout au tout le pronostic qui devient celui d'une phlegmasie locale.

Nous avons déjà longuement insisté sur la tendance naturelle à la régression des lésions génitales constituées par le streptocoque. Non seulement les interventions les plus conservatrices entraînent cette régression, mais souvent même, un simple traitement médical de repos complet, de glace abdominale et d'injections vaginales chaudes. On ne doit jamais se

presser ; et plus particulièrement dans les lésions annexielles vraies, pratiquer une laparatomie qui ne devra jamais constituer que la dernière ressource thérapeutique.

Le traitement de ces lésions salpingiennes et péri-salpingiennes a suivi l'évolution de la gynécologie opératoire de ces dernières années, c'est dire que de mutilatrice qu'elle était dans la deuxième moitié du siècle dernier, elle est devenue de plus en plus actuellement conservatrice. Est-il besoin de rappeler que c'est Lawson-Tait le premier qui enleva par une laparatomie les annexes malades, puis, Péan, plus radical, proposa l'hystérectomie vaginale dans les annexites pour permettre un bon drainage des suppurations pelviennes ; après lui, Segond, puis Richelot, Delagenière, Doyen, J.-L. Faure, détronèrent peu à peu l'hystérectomie vaginale en faveur de l'hystérectomie abdominale. Ce fut alors la période de castration à outrance dont les excès devaient amener une réaction. Il n'est pas dans notre intention de faire un historique complet de ces opérations conservatrices. M. Villard s'en est fait un des principaux défenseurs et a inspiré à ce sujet la thèse de son élève Labry. Il est bien certain qu'en raison de la tendance toute particulière à la régression spontanée de ces lésions d'origine puerpérale, cette chirurgie conservatrice trouve là, plus qu'ailleurs encore, son application justifiée.

Que la thérapeutique de ces lésions soit unie par ce point commun de la conservation poussée aussi loin que possible, il n'en reste pas moins qu'elle se

différencie suivant les modalités anatomiques et cliniques.

Le pseudo-phlegmon haut, ou péritonite enkystée, commande une thérapeutique spéciale, mais en général assez simple. Dès que l'abcès iliaque est net, coïncidant avec des signes généraux marqués et sans tendance à la régression spontanée, il n'y a plus de doute sur la nécessité de l'ouverture chirurgicale de cet abcès. On ne peut pas discuter de la laparatomie médiane qui évidemment ferait un inventaire plus complet de lésions, mais qui serait bien plus dangereuse. Donc, dans tous les cas où il n'existe pas des lésions étendues et complexes exigeant un large accès sur tout l'appareil génital, il faut se contenter de l'incision abdominale, limitée, dont le siège et la direction sont fonctions des lésions observées ; on fera, soit une incision parallèle à l'arcade crurale et à quelques travers de doigt au-dessus d'elle, soit une incision à peine oblique, presque verticale au point maximum des lésions en s'efforçant de passer par une zone adhérente au péritoine pariétal postérieur.

Il suffira alors, avec les habituelles précautions pour protéger le péritoine libre, de rechercher la poche purulente qui, d'ailleurs, viendra le plus souvent, pour ainsi dire, au-devant du bistouri tant elle bombe sous la paroi antérieure de la fosse iliaque. On évacuera alors le pus à l'aide de l'aspirateur et l'on se contentera de laisser dans la cavité un large drainage.

Faut-il pousser l'intervention plus loin et tâcher d'agir sur la trompe malade ? C'est affaire de cas d'espèces dans les très volumineux abcès avec adhé-

rences multiples et complexes, où l'état général est souvent fort touché et où l'opération est presque une opération de sauvetage, il n'est pas question de chercher autre chose qu'un drainage ; lorsque l'abcès est moins volumineux, ou que même on se soit décidé à une intervention par la ligne médiane à cause de la bilatéralité des lésions, on doit être conduit presque sur la trompe dont le pavillon est ouvert au milieu de la poche purulente. On doit être très économe de résection ; ces trompes œdématisées plus ou moins, enflammées, sont perméables et sont susceptibles au maximum de voir leur lésion régresser après les opérations limitées ou même des conservations complètes. Mais on peut dire que dans ces formes hautes d'abcès iliaque, la conduite se résume habituellement dans l'ouverture et le drainage simple de la collection, quitte à faire ultérieurement, dans un deuxième temps, l'ablation de la trompe malade si cela est nécessaire. Il reste bien entendu que, même ce traitement de la forme haute suppurée, demande à être tout à fait opportun. Il ne faut opérer que lorsque l'abcès est bien constitué ; ce ne sera donc, en général, qu'après plusieurs jours d'une thérapeutique médicale résolutive (repos absolu, glace, lavements chauds). A condition de surveiller le malade, rien ne presse ; il sera toujours temps d'intervenir si le plastron s'accroît et si les signes généraux persistent ou s'aggravent, ou même simplement, si la résolution tarde. La conduite thérapeutique sera d'opérer à chaud les lésions d'allure extensive coïncidant avec des phénomènes généraux marqués, et de retarder au

contraire l'intervention, lorsqu'il s'agit de lésions limitées et d'allure peu virulente à tendance résolutive.

Quant à la *salpingite vraie puerpérale*, elle demande, elle aussi, une thérapeutique spéciale où pourra se jouer toute la gamme des opérations conservatrices.

Mais, pour elle plus encore que pour la forme précédente, il faudra toujours espérer dans la résolution spontanée, sous l'influence d'un *traitement médical* assez longtemps suivi. Le fond de ce traitement médical est constitué par le repos absolu au lit, mais repos prolongé tant que durent les phénomènes infectieux, plusieurs semaines souvent ; par les injections vaginales chaudes quotidiennes et par l'action utile de petits lavements chauds. Nous ne voulons pas passer en revue et discuter tous les autres traitements médicaux qui ont été proposés : les méthodes vaccinothérapiques fort employées dans les services de maternité pour toutes les formes d'infection puerpérale, la sérothérapie, les injections de métaux colloïdaux anti-infectieux, la diathermie, sont des méthodes dont il est bien difficile d'apprécier la valeur. Toutes s'accompagnent de la mise au repos des malades ; toutes sont des méthodes qu'il faut prolonger pendant des jours et des semaines ; et, pour qui connaît la rétrocession spontanée, sous l'influence du repos, de ces lésions, il est bien difficile de dire la part qui revient à la guérison à l'une ou à l'autre de ces méthodes ou à la simple mise au repos. Dans le service de M. le professeur Villard, nous avons trop vu de ces rétrocessions spontanées sous l'influence du

repos au lit, de ces lésions même très volumineuses, avec fièvre élevée, pour n'être pas convaincus que toutes ces méthodes thérapeutiques médicales demandent à être passées au crible d'une critique serrée. Peut-être faut-il voir dans les cures merveilleuses que certains obtiennent avec l'une quelconque de ces méthodes, le simple fait que toutes ont du moins un point commun, *le repos absolu prolongé* pendant des semaines.

Le point essentiel, reste donc qu'avant de discuter une intervention quelconque dans les salpingites puerpérales, il faut prolonger assez longtemps le traitement médical ; ce n'est que lorsque les phénomènes généraux infectieux persisteront, ou même s'aggraveront que se posera la question d'une opération curative.

Notre but n'est pas de discuter longuement la multitude des opérations conservatrices qu'il est possible de faire dans ces cas. C'est une question d'espèce, et la conduite ne se fixe souvent, que le ventre ouvert, les lésions en main, pour ainsi dire.

Il faudrait avoir la main forcée par des lésions bilatérales étendues avec graves lésions péri-salpingiennes, pour en être réduit à l'opération mutilatrice qu'est l'hystérectomie, avec ou sans Mickulicz, et qui permet un large drainage de la cavité pelvienne. La plupart du temps, les lésions sont suffisamment refroidies, sub-aiguës, suffisamment localisées pour qu'on envisage une conservation plus ou moins étendue. Suivant l'expression de M. Villard, « ne battre en retraite que par échelons successifs ».

On conservera au maximum les trompes si, après évacuation de la très petite quantité de pus par aspiration, elles sont encore perméables; ou, on conservera même, dans certains cas, de simples moignons tubaires. Et si l'on est réduit par l'importance du pyosalpinx à une ablation d'une, ou même dans certains cas des deux trompes, on se rabattra alors sur les opérations ovariennes conservatrices dont M. Villard a bien montré l'intérêt dans la thèse de son élève Caillot; conservations ovariennes faites même sur les ovarites étendues des infections puerpérales; conservations souvent très minimes, mais suffisantes cependant à assurer la menstruation et la sécrétion interne, à la condition que la vascularisation de l'ovaire soit bien conservée, par des ablations des trompes suivant la méthode de la salpingectomie sous-séreuse qui respecte au maximum les vaisseaux.

Enfin, il n'est pas jusqu'au reliquat de ces inflammations puerpérales qui ne peuvent soulever les problèmes thérapeutiques des stérilités par oblitération tubaire dues à l'évolution de ces infections salpingiennes; elles peuvent nécessiter des opérations curatrices telles que les salpingostomies.

Les résultats de cette thérapeutique dans les infections annexielles et péri-annexielles puerpérales sont en général excellents; et, sans apporter de statistiques précises, ce qui n'est pas l'idée de ce travail, on peut dire que c'est là que se rencontre le plus beau résultat des opérations conservatrices dans les annexites, et par là elles s'opposent bien aux infections gonococciques si rebelles et si décevantes dans leur thérapeutique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

*Foyer de péritonite enkystée péritubaire suppurée gauche.
Pavillon perméable. — Ablation des annexes gauches*

M^{me} Visc..., âgée de 20 ans, entre le 3 mars 1927, salle Sainte-Thérèse, à la Charité, pour douleurs abdominales.

Pas d'antécédents pathologiques. Réglée à 13 ans régulièrement ; pas de passé gynécologique, seul un accouchement le 23 février, à terme, sans incidents. Enfant mort le 16^e jour. Le 29 février, six jours après son accouchement, elle éprouve de violentes douleurs dans le bas-ventre, à gauche. Elle souffre depuis.

Les douleurs, qui sont restées latentes une dizaine de jours, ont augmenté d'intensité sans cependant s'accompagner de nausées ni de température marquées. Etat général passable ; anorexie et langue fortement chargée. Les douleurs se sont atténuées ces jours-ci.

A la palpation abdominale : léger plastron diffus et douloureux dans la fosse iliaque gauche.

Au toucher : col encore mou entr'ouvert. Corps utérin en *sub-involution* assez mobile refoulé à droite, surmonté au niveau de la corne gauche élevée par une grosse masse annexielle du volume des deux poings. Cul-de-sac latéral droit remonté, douloureux, rien dans le Douglas.

Intervention le 8 mars. — Laparatomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine est ouvert à la partie gauche de l'incision, sur une zone libre, toute la corne utérine droite est

coiffée par une grosse masse inflammatoire constituée par le colon pelvien et une forte lame épiploïque est rabattue sur les annexes ; le tout forme un bloc compact du volume d'une pomme, adhérent à la paroi de la vessie en avant. L'utérus est refoulé à droite, les annexes droites sont saines, l'ovaire est fixé en situation haute au niveau du détroit supérieur par les rétractions ligamentaires. On libère au doigt le colon pelvien qui est très adhérent au bord utérin gauche, à la partie supérieure du ligament large et même à la fosse iliaque. Au niveau de la zone libérée se trouve un foyer inflammatoire pseudo-caséux à contenu jaunâtre sans pus vrai, au contact duquel se trouve la trompe dont le pavillon est complètement libre, très légèrement augmenté de volume, il est perméable ; autour de lui se trouvent de petits foyers séreux de péritonite enkystée. La libération des annexes se fait mal, en raison de la fragilité inflammatoire du ligament large, en raison des lésions périphériques bien que la trompe soit perméable et de l'intégrité absolue des annexes droites, on fait l'ablation des annexes gauches.

Fermeture avec drainage.

Le 4 avril, la malade quitte le service.

OBSERVATION II

Collection péritonéale iliaque enkystée puerpérale d'origine annexielle. — Incision sur le bord droit du grand droit. — Drainage.

M^{me} Ferr., 33 ans, est envoyée par le Docteur Caillot, de Chatillon-d'Azegues, pour crise péritonéale post-abortum à la Charité, le 25 mai 1930.

Bonne santé habituelle ; mariée à 23 ans ; 2 enfants, le premier né à terme, le second prématuré.

Le 7 mai, le Docteur Caillot appelé, constata l'expulsion d'un fœtus de 4 mois environ. Tout paraissait entré dans l'ordre et la malade commençait à se lever.

Brutalement le 24 mai, la malade est prise de douleurs as-

sez fortes dans la fosse iliaque droite qui, peu à peu, se sont diffusées dans l'abdomen. Pas de vomissement ni de nausées.

A l'entrée, malade pâle, température 39°8, pouls 132 ; les douleurs se sont calmées.

L'abdomen est dur, hypersensible, douloureux à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite.

Au toucher : Exploration difficile en raison d'un assez gros météorisme et de la grande sensibilité de la paroi à la pression. Le col entr'ouvert admet l'extrémité du doigt qui est arrêté à l'isthme. Le corps utérin volumineux en sub-involution est en situation antérieure, très sensible à la pression ; le cul-de-sac latéral droit est résistant, douloureux, et peut être occupé par une lésion salpingienne et péri-salpingienne plus facilement accessible par le toucher rectal.

Toucher vaginal sous-anesthésie générale : On perçoit une induration transversale du cul-de-sac latéral droit paraissant correspondre à une infiltration du paramètre. Col fixé, gros ; grosseur utérine impossible à préciser, il paraît horizontal, masqué sur sa face antérieure par une grosse collection liquide, surtout développée à droite où elle remonte jusqu'à la hauteur de l'ombilic.

Intervention le 18 juin 1930.

Ouverture d'une grosse collection antérieure prolongée en bas jusque dans le petit bassin et latéralement jusque dans la loge rénale droite.

Le 23 juin le toucher vaginal permet de sentir une zone de blindage dans le cul-de-sac postérieur, paraissant correspondre au pôle inférieur de la collection.

On décide de pratiquer une colpotomie.

L'intervention a lieu le 27 juin 1930. Au préalable, sous-anesthésie générale on constate que la collection qui plongeait dans le pelvis a légèrement diminué.

On essaye de pratiquer une colpotomie postérieure ; mais en présence des adhérences du Douglas et en l'absence d'une collection nettement constituée on ne pousse pas davantage l'intervention.

La malade voit chaque jour son état général s'améliorer : elle est apyrétique ; la plaie ne suppure presque plus.

Le 15 juillet la plaie se referme très rapidement. Il persiste une masse indurée surtout à gauche, légèrement douloureuse.

Avant son départ, le 24 juillet, l'incision est cicatrisée. Mais elle présente encore un blocage de son pelvis.

Elle est revue le 6 août ; au toucher : gros utérus en bonne position flanqué latéralement de deux masses annexielles en situation assez élevée, dures, du volume d'une petite mandarine.

Le 16 septembre, les masses ne sont plus que du volume d'une noix, et perceptibles à bout de doigt seulement. La malade a engraisé de 4 kilos et ne se ressent d'aucune douleur.

OBSERVATION III

Pseudo-phlegmon de la partie supérieure du ligament large

Marm..., 26 ans, entre le 27 septembre 1925 dans le service du professeur Villard, pour suites de couches.

Régulièrement réglée depuis l'âge de 14 ans. Pas de maladies antérieures. Primipare ; son accouchement eut lieu le 14 septembre, ce fut un siège laborieux. Cinq jours après son accouchement, le poulx est à 140 et la température atteint 40°. Etat général infectieux ; langue saburrale ; nausées fréquentes, amaigrissement marqué.

La *palpation abdominale* révèle un plastron induré de la fosse iliaque droite, rappelant un plastron d'appendicite basse.

Le *toucher* montre un col entr'ouvert, mou ; l'utérus en *sub-involution*, situé sur la ligne médiane est flanqué à droite par une grosse masse qui plonge en bas dans le cul-de-sac latéral et se continue en haut avec le plastron de la fosse iliaque, dure, sans fluctuation douloureuse. Pas d'infiltration du paramètre, Douglas souple et libre.

Intervention le 29 septembre. — Incision de la fosse iliaque droite ; œdème de la paroi ; dès l'ouverture de la cavité péritonéale, une assez grosse quantité de pus s'échappe. La col-

lection purulente est nettement intra-péritonéale et limitée en dedans et en haut par des anses intestinales agglutinées. On trouve dans la partie inférieure de l'incision, la trompe largement tuméfiée avec un pavillon œdématié, largement étalé, *débouchant en plein dans le foyer purulent* ; la partie la plus périphérique de la trompe est même sphacelée. Le conduit tubaire sectionné au niveau de la corne laisse échapper du pus ; *une pince peut être introduite à son intérieur*.

Ablation de la trompe. — Drainage par mèche et deux drains. — Fermeture partielle de l'incision.

Suites opératoires. — Grosse réaction fébrile consécutive (température 41°) qui tombe trois jours après à 38° ; le 11^e jour, on enlève les drains ; durant un mois la température oscille autour de 38°5 : tout rentre dans l'ordre et la malade quitte le service le 15 novembre.

Examens de laboratoire. — Le 11 novembre, l'examen de pus de camphrome montre de nombreux polynucléaires en voie de dégénérescence, pas de microbes. Le 12 novembre, du pus de vaselinome est envoyé pour examen bactériologique. Examen direct négatif. Cultures stériles après 48 heures d'étuve.

OBSERVATION IV

Péritonite suppurée péri-tubaire droite

Dur..., née Col..., âgée de 34 ans, est envoyée le 7 juillet 1925 par le Docteur S..., au service du Professeur Villard, pour collection purulente intra-péritonéale par suite de couches.

Bonne santé habituelle. Réglée à 16 ans, régulièrement.

Sept grossesses à terme. Pas de fausse-couche. Enfants tous bien portants. Son dernier accouchement date du 2 juin. Travail sans incidents.

Quatre jours après cet accouchement, frissons avec température et douleurs dans le bas-ventre. Mauvais état général, facies altéré. L'état s'améliore pendant une semaine, puis

les douleurs s'exagèrent dans la fosse iliaque droite, s'accompagnant de nausées et de vomissements.

Examen de l'abdomen. — Dans la fosse iliaque droite, on sent un empâtement assez dur, douloureux, mal limité à sa partie inférieure, ne dépassant pas la ligne médiane ; la pression localise trois doigts au-dessous du point de Mac-Burty, un point douloureux éleclif.

Toucher. — Col ferme reporté en arrière ; utérus *sub-involué*, immobilisé, on sent le pôle inférieur de la masse qui bombe dans le cul-de-sac latéral droit. Masse douloureuse au bord inférieur irrégulier ; Douglas souple et libre.

Intervention. — M. le Professeur Villard intervient le 10 juillet ; incision paramédiane droite que l'on agrandit en bas en la recourbant vers le pubis. Œdème de la paroi. Le péritoine est en symphyse avec l'épiploon sous-jacent. Suppuration à la partie inférieure de l'incision. On reconnaît qu'il s'agit de collection péritonéale développée autour de la trompe droite qui est elle-même suppurée.

Ablation de la trompe et des ovaires. Assèchement de la cavité par aspiration. Tamponnement à la gaze. Drain inférieur. Fermeture à trois plans de la partie supérieure de l'incision.

Suites simples. Ecoulement de pus peu abondant. La malade quitte le service, la plaie bien cicatrisée et guérie, le 12 septembre 1925.

OBSERVATION V

Péritonite péritubaire gauche — Pyosalpinx haut droit

Chauss..., née Jaq., 24 ans, entre d'urgence à la Charité le 24 mai 1930 pour crise péritonéale.

Pas d'antécédents pathologiques ; réglée depuis l'âge de 12 ans régulièrement. Deux enfants nés à terme.

A la suite de son dernier accouchement, 15 jours après, elle est prise de douleurs dans la fosse iliaque qui durent 8

jours siégeant à gauche et s'accompagnant de température. Pas de nausées. Depuis elle perd blanc, jaune épais, entre les règles devenues douloureuses.

En février 1929, elle est hospitalisée à la Charité, pour avortement s'accompagnant d'hémorragie abondante. Suites sans incidents.

Brutalement le 23 mai 1930 crise péritonéale violente, nécessitant son entrée à la Charité.

Examen de la malade : Femme pâle, altérée, température 38°5, pouls 120 ; langue saburrale. Palper abdominal très douloureux surtout au niveau de la fosse iliaque gauche ; défense musculaire prononcée.

Au toucher : Utérus un peu gros en situation normale ; mobilité diminuée, pas de collection perçue.

L'état général s'améliore par le repos et la glace.

Le toucher pratiqué avant l'intervention, après rémission et amélioration de son état fait percevoir à ce moment une masse empâtée, étalée, remontant haut dans la fosse iliaque gauche ; il y a aussi un empatement diffus du cul-de-sac droit où, à bout de doigt, on sent le pôle inférieur d'une annexe de grosseur anormale.

Intervention le 20 juin. — Laparatomie médiane sous-ombilicale. Le pelvis et le fond utérin sont recouverts par l'épiploon et bloqués par des lésions annexielles. A gauche, la trompe est atteinte de salpingite parenchymateuse aiguë, à paroi très épaissie ; pavillon perméable débouchant dans un foyer de péritonite suppurée enkystée, située dans la fosse iliaque gauche, répondant à l'infiltration profonde cliniquement constatée. A droite, grosse infiltration du ligament large faisant penser à une phlébite utéro-ovarienne. Entre les deux masses, adhérence du grêle. *Après libération, ablation en bloc des annexes ; la trompe gauche ne permet pas une conservation utile. Salpingectomie rétrograde, résection de l'ovaire avec conservation parcellaire. L'utérus est laissé en place ; drainage par mèche.*

Examen histologique du ligament large : Abondante infiltration œdémateuse dans un tissu conjonctif contenant des fibres musculaires en assez grand nombre.

Suites opératoires bonnes. La malade quitte le service le 12 juillet complètement guérie.

OBSERVATION VI

Périannexite puerpérale. — Guérison par résolution.

G..., Marg., 32 ans, entre salle Gensoul, le 13 avril 1920, pour phénomènes abdominaux douloureux.

Bonne santé habituelle, 4 enfants à terme.

Son dernier accouchement date de 3 mois ; cet accouchement s'est suivi de plusieurs crises douloureuses lombaires ; depuis son accouchement elle n'a pas encore son retour de couches ; il y a une quinzaine de jours des douleurs abdominales ont apparu et augmenté progressivement ; s'accompagnant bientôt de vomissements et température.

A son entrée la malade a le facies altéré, de l'herpès labial, la langue est saburrale ; température 38°2, pouls 110.

L'abdomen est uniformément ballonné, la matité hépatique a disparu ; le ventre est tendu ; mais on sent bien dans la fosse iliaque gauche une masse plus résistante et douloureuse.

Elle est mise au traitement médical, repos au lit, glace sur le ventre, irrigations rectales chaudes.

Au toucher, le 20 avril, on constate une grosse tuméfaction occupant le cul-de-sac latéral gauche, remontant jusque dans la fosse iliaque où elle est perceptible par la palpation abdominale ; étroite bande d'induration au ras de l'arcade de Fallope ; utérus repoussé à droite et en avant, partiellement immobilisé. Cul-de-sac latéral droit libre.

Le 27 avril, au toucher, la masse inflammatoire gauche a diminué ; il n'y a plus d'induration de la fosse iliaque ; par contre il persiste une petite masse dans la partie droite du cul-de-sac postérieur.

Pendant un mois les touchers montrent la *régression* des lésions ; l'état général de la malade s'est très amélioré.

Au toucher, le 10 juin, (M. Villard) : la modification des lésions gauches est profonde ; elles sont en partie résorbées ; il ne persiste que du capitonnage du cul-de-sac latéral. Par contre, dans le cul-de-sac postérieur et surtout dans la moitié droite, on perçoit une petite masse indurée adhérente, du volume d'une grosse noix, bosselée paraissant constituée par les annexes droites. En raison de l'état général de la malade et l'absence de symptômes douloureux, la malade quitte l'hôpital le 28 juin.

OBSERVATION VII

*Salpingite purulente gauche. — Péritonite enkystée
suppurée péritubaire.*

M^{lle} Car..., 21 ans, entre le 5 mars 1927, salle Sainte-Thérèse, pour douleurs abdominales violentes.

Bonne santé habituelle ; réglée à 13 ans ; pas de pertes blanches.

Depuis deux mois elle ne perd presque plus ; ses dernières règles datant de trois mois se sont accompagnées de violentes douleurs abdominales s'irradiant vers les lombes.

Une semaine après, le 10 février, brutalement, survient une crise péritonéale avec douleurs extrêmement violentes du bas-ventre, et vomissements fréquents. La température atteignant 39°. Cet état, avec peu de rémissions, se maintient pendant 20 jours. A son entrée, facies très altéré, amaigri ; langue saburrale. Abdomen contracté.

La palpation permet de sentir une masse dure occupant tout le bassin jusqu'à l'ombilic.

Au toucher : Utérus augmenté de volume, peu mobile, refoulé en avant ; col ramolli, cul-de-sac postérieur et latéral gauche occupés par une masse dure qui se prolonge jusqu'à

la hauteur de l'ombilic, dépassant la ligne médiane et séparée de l'utérus par un sillon peu net.

Intervention le 11 mars 1927. L. M. S. O. — Infiltration œdémateuse de la paroi. L'incision doit être prolongée à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic pour trouver une zone de péritoine libre. Après protection sous compresses on cherche à isoler la masse inflammatoire adhérente au péritoine pariétal. Ouverture d'une grosse collection purulente ; évacuation par aspiration. En un point de la paroi de la poche purulente on aperçoit une frange bourgeonnante de la grosseur d'un pois appartenant au pavillon tubaire. On peut cathétériser un petit orifice central et la pression fait sourdre du pus. Par décollement de la paroi de la poche, en bas, on reconnaît le fond utérin qui a été coiffé par la collection. La trompe gauche bien repérée à son pavillon qui débouche dans le foyer purulent ; elle est perméable. — Résection de la trompe et de l'ovaire gauche. La trompe droite cachée sous des adhérences n'est pas vue. On termine par un drain et un petit mickulicz.

Les suites opératoires sont normales. Guérie, la malade est revue le 10 mai .

Au toucher le col est petit mobile ; il n'existe plus aucune douleur.

OBSERVATION VIII

Salpingite haute droite post-puerpérale. — Trompe oblitérée, en position élevée, par adhérences intestinales.

Clay... Sim..., 19 ans, entre le 6 mars 1924 à l'hôpital de la Charité, au service du Professeur Villard, pour douleurs abdomino-pelviennes droites.

Bonne santé habituelle. Réglée à 12 ans régulièrement.

Un accouchement il y a deux ans avec suites de couches normales ; enfant nourri au sein pendant 15 mois.

Il y a un an environ, apparaissent des crises douloureuses péritonéales sans température ni vomissements ; elles sur-

viennent surtout au moment des règles. Depuis 2 mois les douleurs s'exaspèrent dans la fosse iliaque droite et la région inguinale droite, obligeant la malade à garder le lit.

Actuellement l'état général est bon, il n'y a pas de fièvre, pas de nausées ni de vomissements ; les douleurs ont disparu, la palpation abdominale est négative.

Le toucher montre un col utérin normal, un corps en position intermédiaire assez mobile, le cul-de-sac gauche est libre, non douloureux. A droite et en avant de la corne utérine droite on sent une masse du volume d'une mandarine, de consistance pâteuse, peu mobile, séparée de l'utérus par un sillon.

Intervention le 8 mars. — Laparatomie médiane. On trouve une masse à droite, haut située, au dessus du détroit supérieur, d'allure inflammatoire formée par l'agglomération d'anses intestinales et de l'annexe droite, l'utérus piqué en arrière est décollé. Cette tumeur est disséquée et apparaît constituée par la trompe droite épaissie *dont les franges sont venues se coller à deux anses grêles.* — Ablation de l'annexe droite en totalité. — La pointe de l'appendice n'a que des rapports de contiguïté avec la masse inflammatoire.

Il semble donc qu'il s'agit d'une salpingite unilatérale post-puerpérale ancienne, l'annexe droite s'étant fixée en position haute et ayant actuellement fait une poussée inflammatoire, *le pavillon étant fermé.*

Suites opératoires sans incidents.

Examen histologique d'un fragment de trompe : Signes d'inflammation aiguë banale, les parois sont une véritable éponge de pus présentant par place des plages de nécrose.

OBSERVATION IX

Fièvre puerpérale datant de 15 ans. — Salpingite haute bilatérale. — Hystérectomie subtotale avec drainage vaginal.

Coul..., 30 ans, de St-Fons, entre le 10 juin 1924 dans le service de M. le Professeur Villard, pour douleurs abdominales et température.

Bonne santé habituelle.

Il y a 10 ans un accouchement qui fut suivi de température se prolongeant pendant un mois. Elle a toujours souffert depuis, particulièrement depuis 7 à 8 ans. Une crise péritonéale récente datant du 3 juin avec température et vomissements la fait entrer à l'hôpital.

Au toucher : Col utérin normal mais immobilisé. Tout le cul-de-sac antérieur et latéral gauche est occupé par une masse arrondie, élastique, étalée transversalement, douloureuse à la pression que l'on considère comme étant une annexe haute et antérieure.

Intervention le 18 juin : Laparatomie médiane. L'ouverture du péritoine est rendue assez laborieuse du fait d'une adhérence antérieure. On est obligé de sectionner le grand épiploon en travers pour pouvoir le relever. On découvre deux énormes trompes en situation haute et antérieure. La droite un peu plus volumineuse que la gauche. Ces trompes adhèrent à l'intestin ; notamment l'anse sigmoïde est coincée entre les deux trompes rapprochées ; on ne peut parvenir à extirper la pièce en bloc, la trompe gauche se crève ; aussi l'on ponctionne préventivement la trompe droite, son contenu est séro-purulent avec grumeaux.

Hystérectomie sub-totale. Fente postérieure du col. Mèche occupant tout le petit bassin et par dessus laquelle on péritonise avec l'anse sigmoïde.

Examen de la pièce : Gros utérus à paroi épaissie. La masse annexielle droite est formée d'une énorme trompe à paroi épaissie et à contenu grumelleux et d'un énorme ovaire dans lequel il existe un kyste du volume d'une orange ; du côté gauche la trompe est distendue, analogue à la droite, l'ovaire ne présente que de petits kystes inflammatoires. En somme il s'agit bien d'une salpingite haute et antérieure, remontant vraisemblablement à l'accouchement d'il y a 15 ans.

Le 5 juillet, la malade part guérie.

OBSERVATION X

*Salpingo-ovarite haute gauche. — Trompe fermée. —
Adhérences inflammatoires.*

M^{me} Lorr..., née Ser..., 25 ans, est envoyée à la Charité le 4 novembre 1925 par le Docteur Michon, pour annexite haute gauche puerpérale.

Bien portante. Réglée à 11 ans et demi normalement. Mariée à 20 ans, 2 enfants à terme.

Son dernier accouchement, à la maternité, fut suivi de température nécessitant une hospitalisation de 10 jours à l'infirmerie de la maternité de l'Hôtel-Dieu. Depuis cette époque elle souffre du ventre, à gauche.

Examen de l'abdomen : pression douloureuse au point symétrique du point de Mac Burnay.

Toucher : Utérus en situation élevée, mobile; pas de lésions annexielles perceptibles ; mais la corne utérine gauche, près de la paroi abdominale, paraît fixée par des adhérences qui la maintiennent en situation élevée.

Intervention : Le Docteur Michon intervient le 6 novembre. L. M. S. O. Pas d'adhérences pariétales antérieures ; l'utérus apparaît coiffé sur sa corne gauche d'une masse inflammatoire formée par une salpingo-ovarite du volume d'une orange (la trompe est fermée), et du colon sigmoïde qui adhère à de grosses poches de pelvi péritonite séreuse. L'annexe droite englobée dans des adhérences est saine.

Ablation de l'annexe G. Péritonisation de la brèche d'ouverture du ligament large à l'aide du colon sigmoïde. Fermeture totale à 4 plans.

La malade quitte le service le 6 décembre 1925 ; revue, elle est complètement guérie.

OBSERVATION XI

Anneau haute post-abortionum bilatérale. — Trompes fermées Adhérences volumineuses

M^{lle} Frei..., Carm..., entre en février 1930 dans le service du Professeur Villard pour annexite hæfe post-partum.

Bon état général. Réglée à 16 ans et demi, régulièrement. Une grossesse en 1924. En 1927 la malade avorte d'un fœtus de 5 mois, sans incidents marqués. Deux mois après cette fausse couche survient une crise douloureuse au bas-ventre qui dure 15 jours. Ces douleurs atténuées persistent encore. Les règles abondantes depuis 4 mois sont de longue durée et avec caillots.

A l'examen actuel, on sent, à la palpation abdominale, une petite région d'induration dans la partie gauche de la fosse iliaque gauche douloureuse à la pression.

Au toucher : Col normal. Utérus antéfléchi de volume et de position normale. Double masse annexielle ; la gauche plus volumineuse, comme une mandarine, en situation nettement haute ; la droite, plus petite, plaquée contre l'utérus un peu plus bas située.

Intervention. — Le Docteur Montel intervient : Laparotomie médiane. Avant d'ouvrir le péritoine on aperçoit par transparence une masse un peu bleutée plaquée contre la paroi. On se porte plus haut, et après ouverture on voit qu'il s'agit de la trompe et de l'ovaire gauche en situation très haute. Adhérences multiples des annexes et de l'utérus à l'S iliaque. — Libération.

1° Ablation des annexes droites qui sont un peu bas situées et adhérentes à la face postérieure du ligament large. La trompe fermée est de la grosseur du pouce ; l'ovaire est atteint d'ovarite nette. On libère une petite adhérence de la trompe à la vessie.

2° A gauche, trompe fermée de la grosseur du petit doigt, irrégulière, adhérente à l'ovaire. Libération de ces adhérences et salpingectomie sous-séreuse rétrograde. L'ovaire est

scéro-kystique. On en résèque la moitié et on suture. Cette résection faite, après salpingectomie, on se rend compte que la revascularisation de l'ovaire est très bonne. Conservation de l'utérus.

Suites opératoires très normales ; la malade quitte le service le 24 février, guérie.

OBSERVATION XII

Pyosalpinx haut droit. — Lésions inflammatoires de l'S iliaque ayant simulé fibrome.

Bil..., née Dem..., âgée de 35 ans, entre le 5 mars 1930, salle Sainte-Thérèse, pour douleurs lombaires et constipations opiniâtres.

Bon état général. Réglée à 12 ans normalement et régulièrement. Mariée à 24 ans. Une grossesse se termine normalement. Il y a 4 ans avortement au 3^e mois. Les dernières règles accompagnées de pertes blanches apparurent il y a 15 jours.

A la palpation de l'abdomen : Ventre souple. Au-dessus de la symphyse pubienne on sent une masse un peu dure profonde, médiane, remontant à quatre doigts de l'ombilic, indolore à la pression.

Au toucher : Col immobilisé, légèrement refoulé vers la symphyse surmonté par un corps utérin fibromateux. Toute la moitié gauche du pelvis est occupée par une grosse masse généralement dure, mais en certains points un peu fluctuante ou élastique solidement adhérente et blindant le cul-de-sac vaginal postérieur.

Intervention le 22 mars (Docteur Labry) : Laparatomie médiane. Tout le pelvis est bloqué par le couvercle intestinal formé par le colon et l'intestin grêle. Libération de deux anses grêles très difficile. L'S iliaque est coudée et présente des parois indurées et bosselées. Il faut une demi-heure de travail difficile pour libérer un pyosalpinx haut et droit qui

est entourée de poches de pelvi-péritonite séreuse. A gauche trompe adhérente au Douglas.

Ablation du volumineux pyosalpinx haut et droit. A cause des lésions de péritonite plastique très accusées de l'S iliaque on laisse un Mickulicz à deux mèches.

En somme : Lésion très ancienne et organisée autour d'un pyosalpinx haut, constitué essentiellement par une pelvi-péritonite très adhérente entourée de quelques poches séreuses.

Suites opératoires simples.

Au toucher le 24 avril : pelvis libre, utérus attiré en haut et plaqué contre la paroi. La malade sort guérie le 29 avril.

Examen histologique d'un prélèvement du pyosalpinx : Il s'agit d'une poussée aiguë sur une salpingite ancienne. On est frappé par la prédominance considérable des plasmocytes dans la réaction.

OBSERVATION XIII

Pyosalpinx haut, droit, simulant une appendicite.

Marg..., Per..., 43 ans, entre Salle Gensoul le 18 août 1921. Toujours bien réglée. Mariée.

Il y a 13 ans, crise douloureuse abdominale droite faisant penser à une appendicite ; l'an passé, nouvelle crise abdominale.

Il y a 8 mois, une fausse couche suivie de rétention placentaire, tout semblait entré dans l'ordre, lorsqu'il y a 10 jours survint une forte crise douloureuse dans la fosse iliaque droite ; (la malade nous dit sentir une volumineuse tumeur, très douloureuse qui soulève son abdomen dans cette région). Consulté, le médecin l'envoie à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée, facies altéré, langue rôtie, céphalées, elle vomit souvent.

Par le repos et la glace son état s'améliore.

Sa température n'est plus qu'autour de 38°, les vomissements ont cessé,

Au palper abdominal on sent une masse assez bien limitée, dure, remontant haut au dessus du pubis dans la fosse iliaque droite ; tumeur allongée de bas en haut et qui s'enfonce derrière le pubis ; la fosse iliaque gauche est libre.

Au toucher : Col refoulé en arrière ; orifice cervical élargi ; utérus antéfléchi ; cul-de-sac libre à gauche, à droite volumineuse tuméfaction dure, douloureuse, assez mobile, perçue à bout de doigt.

Intervention le 28 août : Pfannenstiel. Annexite bilatérale, petite à gauche ; à droite gros pyosalpinx droit en situation élevée, vertical, en contact avec la région cœcale antérieure. l'appendice rtrocœcale n'est pas exploré. Péritonisation haute. On laisse une mèche.

Suites opératoires excellentes. La malade peut quitter le service le 16 septembre.

OBSERVATION XIV

*Annexite haute ; ablation des annexes droites.
Salpingostomie gauche.*

M^{me} Duf..., née Del..., 25 ans, entre dans le service pour salpingite post-puerpérale ; les accidents ont débuté il y a deux ans. Règles douloureuses et irrégulières.

Au toucher : Utérus mobile ; col de multipare, cul-de-sac latéral gauche, libre ; à droite, on perçoit une masse en situation élevée ; Douglas libre.

Intervention le 6 septembre 1919 : Laparotomie médiane.

A droite : trompe en situation élevée, fermée, coiffant l'ovaire au niveau duquel existe une poche du volume d'un œuf de poule, contenant un liquide hématique ancien. La poche est constituée par une ancienne grossesse extra-utérine. Ablation des annexes droites.

A gauche : trompe perméable, mais traces d'inflammations anciennes caractérisées par des exsudats et de nombreuses

adhérences qu'on libère, en outre le pavillon est altéré. Salpingostomie.

La malade peut quitter le service le 27 septembre complètement guérie.

OBSERVATION XV

Annexite haute droite. — Lésions inflammatoires péritubaires

Beo..., Hél..., 24 ans, entre à la Charité le 18 décembre 1929 pour douleurs abdominales violentes.

Réglée à 14 ans, irrégulièrement, pertes blanches ne tachant pas le linge. Il y a trois mois une fausse-couche nécessitant un curettage.

Le 14 décembre, au moment de l'apparition des règles, elle a une crise douloureuse abdominale très violente prédominant à droite.

A son entrée, état général bon, sans température.

La palpation abdominale de la fosse iliaque droite réveille la douleur. Point de Mac Burney indolore.

Au toucher : Utérus de volume normal en antéposition. Volumineuse salpingite droite et haute de volume d'une petite orange. A gauche et profondément dans la partie basse du cul-de-sac, petite zone d'induration irrégulière.

Intervention le 27 décembre 1929 : Laparatomie médiane. Il s'agit en effet d'une annexite droite volumineuse s'accompagnant d'adhérences très marquées avec l'épiploon, le colon sigmoïde et la face antérieure du rectum. Libération difficile de toutes ces adhérences. Il ne coule que quelques gouttes de pus. Ablation de l'annexe droite. Conservation de l'utérus et des annexes gauches. Fermeture de la paroi.

Examen de la pièce : L'ensemble ressemble à un escargot avec une trompe atteinte de lésion parenchymateuse surmontée d'une annexe de forme hélicoïdale grosse et atteinte d'ovarite très marquée.

Suites opératoires : hématome suppuré et température. Persistance d'une masse douloureuse à gauche, douleurs diffuse de la fosse iliaque droite.

La malade quitte le service le 10 février 1930.

OBSERVATION XVI

Salpingite haute oblitérante sans distension à droite. — Pyosalpinx haut à gauche. — Adhérences inflammatoires bilatérales.

M^{me} D..., née Bess..., 47 ans, entre le 5 novembre 1925 dans le service du Professeur Villard, pour douleurs abdominales métrorragie et fièvre.

Bonne santé habituelle ; très adipeuse. Réglée à 16 ans. Mariée, elle a 4 grossesses, 2 enfants mort-nés ; il y a 3 ans un avortement au 3^e mois sans incidents ; depuis elle souffre par périodes, du ventre et des reins ; ces règles irrégulières en abondance et en durée depuis plusieurs mois, ont fait place à des pertes légères mais constantes depuis 2 mois.

Actuellement, il y a huit jours, les douleurs sont plus violentes et elles s'accompagnent simplement de température (38°5).

La palpation permet de localiser une masse très douloureuse dans la fosse iliaque droite peu volumineuse, assez tendue, mais sans former de plastron. Il n'y a pas de défense de la paroi, à gauche la pression n'est pas douloureuse.

Au toucher : Gros col de métrite partiellement immobilisé ; à gauche et en arrière on perçoit difficilement un gros empâtement qui paraît situé en arrière de l'utérus dont le fond n'est pas perçu. A droite, rien dans le cul-de-sac latéral ; mais très haut surmontant la corne utérine on communique faiblement avec la masse perçue par la palpation abdominale.

Intervention le 18 novembre : Laparatomie médiane sous-ombilicale. Le colon pelvien est entièrement soudé au fond utérin et aux annexes gauches qui forment une masse de vo-

lume d'un gros poing accolée au bord gauche de l'utérus et plongeant dans le pelvis. Annexe droite en situation haute et remontant dans la fosse iliaque, adhérent intimement à l'iléon. A gauche, grosse collection suppurée de la trompe gauche qu'on évacue par aspiration. Hystérectomie totale. Drainage pelvien par hémisection postérieure du col et péritonisation haute.

L'examen de la pièce montre : une double salpingite oblitérante sans distension à droite, avec pyosalpinx à gauche.

Suites normales. Le 13 décembre la malade quitte le service, guérie.

OBSERVATION XVII

Salpingo-ovarite haute droite

Yin..., née Mich..., 30 ans, est admise salle Sainte-Thérèse, le 22 avril 1925 pour douleurs abdomino-lombaires.

Pas de passé gynécologique. Bien réglée depuis l'âge de 13 ans.

Il y a 5 ans, un accouchement normal sans incidents ; mais depuis cet accouchement la malade souffre de douleurs sourdes, diffuses, sans exaspération siégeant dans le pelvis et s'irradiant vers les lombes.

C'est dans cet état qu'elle est admise à la Charité ; sans altération de son état général, sans température, sans nausées ni vomissements. La palpation abdominale provoque à la pression marquée une douleur qui siège un doigt au-dessous du point de Lenz, et ferait penser à une appendicite.

Au toucher on sent l'utérus normal en bonne position ; à droite la palpation profonde fait sentir une annexe volumineuse, douloureuse à la pression en situation haute ; à gauche l'annexe est plus petite, prolabée dans le Douglas.

Intervention : Rachianesthésie. Laparatomie médiane. Trompe et ovaires droits kystiques en position élevée et entourée de voile pseudo-membraneux créant des adhérences, *trompe parenchymateuse oblitérée*. A gauche, ovaire plus

sain, trompe fermée. On pratique l'ablation des annexes a droite. Opération conservatrice avec salpingostomie. Fixation Pellanda ; suture à 4 plans, pas de drainage.

Suites opératoires normales, La malade quitte le service, guérie.

OBSERVATION XVIII

*Salpingite haute unilatérale d'origine puerpérale. —
Diathermie. — Guérison.*

Perr..., H..., âgée de 26 ans, entre le 13 février 1925 à la Charité pour douleurs abdominales et métrorragie.

Antécédents gynécologiques chargés : fausse couche en 1919 et nouvelle fausse couche en 1920 ; depuis cette dernière apparurent des crises douloureuses abdominales. Règles irrégulières exaspérant les douleurs.

La palpation de la fosse iliaque gauche fait percevoir un empatement un peu douloureux.

Au toucher : Col volumineux de consistance normale, avec certaine mobilité. Le corps utérin est un peu difficile à préciser et paraît en situation intermédiaire. La corne gauche et le bord latéral gauche de l'utérus sont en rapport avec une masse annexielle du volume d'un petit œuf de poule en situation élevée. A droite on perçoit également une masse annexielle allongée occupant la partie supérieure du cul-de-sac latéral et se prolongeant en avant de l'utérus.

On décide de surseoir à toute intervention, et on ordonne un traitement diathermique.

Du 13 février au 10 mars, la malade a subi une série de 25 séances de diathermie, séances de 15 minutes à 2.300 milliampères de moyenne. Ces séances ont été continuées sans inconvénient pendant le cours des règles.

Les règles sont normales sans caillots ni leucorrhée consécutive. La malade est euphorique.

Le 20 mars, au toucher : lésions très améliorées, utérus

de mobilité normale ; les lésions annexielles ont presque disparu ; on ne perçoit qu'une petite masse indurée correspondant à l'ovaire.

Le 7 novembre le toucher précise très nettement le fond de l'utérus ; les annexes sont perçues.

La malade ne revient plus ; mais envoie une lettre élogieuse ; bien réglée elle n'a plus souffert depuis six mois.

OBSERVATION XIX

Double pyosalpinx haut. — Salpingectomie droite et gauche.

M^{lle} Comb..., 18 ans, entre le 17 mars 1927 à la clinique gynécologique du Professeur Villard pour douleurs violentes dans la partie inférieure de l'abdomen.

Bon état général. Réglée à 13 ans, régulièrement depuis.

A la suite d'une période d'aménorrhée de trois mois, il y a deux ans, crise douloureuse pelvienne avec température et vomissements ; le repos au lit, les injections chaudes ont amené la guérison.

Depuis, elle souffre plus ou moins au moment de ses règles.

Il y a dix jours, à la fin des règles, survient une crise douloureuse dans le bas-ventre qui s'accompagne de vomissements et de température.

A son entrée, les douleurs persistent des deux côtés du bassin. On sent à la palpation qui est douloureuse une contracture qui se laisse vaincre facilement, mais sous laquelle on sent un empâtement du côté gauche qui remonte jusqu'à l'ombilic.

Au toucher : Col un peu entr'ouvert ; corps utérin augmenté de volume en antéposition, fortement refoulé à droite par une grosse masse annexielle gauche du volume d'un gros poing, de forme arrondie, en situation haute ne descendant en bas que dans le cul-de-sac latéral et dépassant en haut la corne utérine de quatre travers de doigt. A droite au fond du

cul-de-sac latéral droit on perçoit une petite masse annexielle du volume d'une noix.

Intervention le 22 mars 1927 : Laparatomie médiane. Très gros pyosalpinx gauche remontant au dessus du fond utérin ; plus petit à droite. Salpingectomie rétrograde sous séreuse à droite avec conservation tout à fait satisfaisante de l'ovaire.

A gauche, les lésions qui sont plus hautes sont très adhérentes et recouvertes par l'épiploon, leur abord est difficile. On enlève en bloc la trompe et l'ovaire complètement solidaires par une salpingectomie rétrograde qui permet l'ablation rapide.

Fermeture sans drainage.

Suites opératoires simples. La malade quitte le service le 11 avril 1927.

OBSERVATION XX

Salpingite haute, droite, puerpérale

B., Henriette, 23 ans, en traitement depuis le 4 mars à la 2^e infirmerie de la clinique obstétricale pour fièvre et douleurs abdominales, est envoyée dans le service du Professeur Villard, salle Sainte-Thérèse.

Santé précaire ; bacillose fibreuse ; Wasserman positif.

Le 4 mars, à la maternité, elle a accouché d'un fœtus macéré de 8 mois et demi. Traitée depuis au Néosalvarsan.

Suites de couches avec fièvre puerpérale nécessitant un abcès de fixation qui fut de bon pronostic.

Depuis cet accouchement, la température oscille autour de 38°5 et elle se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite.

L'examen abdominal est négatif.

Au toucher : Utérus gros, assez mobile, col mou refoulé en arrière. Au niveau de la corne utérine droite on sent une masse annexielle et surtout périannexielle remontant haut dans la fosse iliaque. Douglas libre. A gauche, cul-de-sac latéral sensible, mais libre.

Un traitement antiphlogistique est institué. La fièvre persiste encore pendant 8 jours, jusqu'à ce qu'inopportunément se produise un abondant écoulement de pus jaunâtre, sangui-nolent, fœtide, qui dura une journée.

Dès ce moment, la température tombe et les douleurs abdominales cessent ; l'état général s'améliore rapidement les jours suivants. On décide de ne point intervenir, de continuer le traitement médical.

Le toucher nous donne à ce moment-là : Col mou de multipare ; gros utérus dévié à gauche. La masse annexielle perceptible a bien diminué et n'est pas douloureuse.

La température est stabilisée, l'appétit revenu ; c'est dans un état général excellent que cette malade quitte le service.

Revue six mois après, elle ne souffre pas, la masse annexielle diffuse du volume d'une noix est indolore.

CONCLUSIONS

I. — La situation anatomique des trompes atteintes de salpingite relève souvent de conditions étiologiques différentes et détermine au point de vue clinique une symptomatologie et une évolution spéciale.

II. — La professeur Villard depuis 1900, dans la thèse de son élève Pinatzis, a étudié et isolé sous le nom de « Salpingites hautes », les lésions inflammatoires tubaires qui siègent au-dessus du détroit supérieur.

III. — L'étiologie habituelle des salpingites hautes relève le plus souvent de l'infection utérine consécutive aux accouchements et aux avortements ; le streptocoque est l'agent pathogène habituel.

IV. — La situation ectopique de la trompe résulte des adhérences qui immobilisent celles-ci en position élevée, alors que l'infection survient au moment où

la distension gravis de l'utérus a placé les annexes au-dessus de la situation anatomique normale.

V. — Les salpingites hautes présentent deux grandes variétés cliniques :

1° Une forme aiguë avec péritonite enkystée péri-tubaire correspondant à l'ancien type clinique pseudo-phlegmon supérieur du ligament large ;

2° Une forme sub-aiguë, constituant un pyosalpinx.

VI. — Dans la forme aiguë, type pseudo-phlegmon supérieur du ligament large, les symptômes sont ceux d'une péritonite enkystée de la fosse iliaque, rappelant à droite les foyers d'origine appendiculaire. Il s'agit, en effet, d'une péritonite enkystée développée autour d'une trompe trugescente et infectée, mais dont le pavillon perméable, franchi par le streptocoque, a inoculé la cavité péritonéale.

VII. — Dans les formes sub-aiguës, type pyosalpinx, le symptôme douleur est très peu marqué, sans rapport avec le volume de la lésion. Contrairement aux salpingites blennoragiques, la lésion a une tendance marquée à la guérison spontanée.

VIII. — Le traitement dans les formes aiguës consistera le plus souvent dans le drainage de la collection suppurée péri-tubaire, l'ablation de la trompe pouvant être faite ultérieurement si elle est nécessaire.

Dans les formes sub-aiguës, type pyosalpinx, l'intervention sera indiquée lorsque les lésions n'auraient pas rétrocedé spontanément après un traitement d'attente.

Les opérations conservatrices limitées aux seules lésions sont alors particulièrement pratiquées.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VILLARD

Vu :
LE DOYEN,
Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 10 Novembre 1930

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
Joseph GHEUSI

BIBLIOGRAPHIE

- ALECK-W.-BURNE. — Acuite puerperal salpingitis (*Proc. of the Roy. Med.*, 1911).
- ASCHOFF. — Uber salpingitis post-partum (*Med, Klin.*, Berlin, 1911).
- ASTÉRIADES. — Des salpingites basses ; formes douloureuses des salpingites (*Thèse* Lyon, 1920).
- BOULFROY. — *Thèse*, Lyon, 1904-1905.
- BOURSIER ET AUVRAY. — Précis de gynécologie, 1925.
- CAILLOT. — Conservation parcellaire de l'ovaire (*Thèse*, Lyon, 1930).
- CASTERA. — *Thèse*, Bordeaux, 1911.
- CHARPY. — De la structure des ligaments larges et de leurs abcès (*Lyon Méd.*, 1886).
- DELASSUS. — *Soc. des Sc. Méd.*, Lille, 1904.
- DURANTI. — Trompe abdominale (*Soc. anat.*, Paris, 1912).
- FAVREAU. — Suppuration des sacs herniaires et salpingo-ovaires (*Thèse*, Paris).
- FAURE (J.-L.) ET SIREDEY. — Traité de gynécologie, 1922.
- FORGUE. — Précis de pathologie externe
- FORGUE ET MASSABUAU. — Traité de gynécologie, 1916.
- FRIEDMAN. — Puerpéral Salpingitis (*Surg. Gyn. Obst.*, 1909).
- GREKOW. — Sur les rapports existant entre l'appendice et la trompe (*Wiener, Klin., Wochenschrift*, 1911).

- HENEK. — Hernies de la trompe et de l'ovaire.
- HUET. — Pyosalpinx rompus dans le péritoine (*Journ. chir.*, 1924).
- LABRY. — Des opérations conservatrices dans les annexites bilatérales (*Thèse Lyon*, 1926).
- MICHAUX. — Périssigmoïdite d'origine ovarienne (*Soc. Chir.*, Paris, 1906).
- MONTAGNARD. — *Thèse Lyon*, 1910.
- MONTPROFIT. — *Thèse Paris*, 1890.
- MORNET. — *Thèse Paris*, 1890.
- MOSSÉ ET MOULONGUET. — Salpingite rétrocœcale avec abcès (*Soc. Anat.*, Paris, 1921).
- NEOLLIER. — *Thèse*, Montpellier, 1913.
- PAILLARD. — Péritonites séreuses enkystées pérutubaires (*Thèse, Lyon*, 1924).
- PATEL. — Lésions de l'S iliaque au cours des affections gynécologiques (*Annales gyn.*, 1913).
- POULAIN. — Sigmoïdites et inflammation des organes génitaux interne de la femme.
- PINATZIS. — Des salpingites hautes (*Thèse, Lyon*, 1906-07).
- ROUVILLE (DE). — Pyosalpinx hauts et périssigmoïdites (*Réun. Obst.*, Montp., juin, 1913).
- SAILLANT. — *Thèse, Paris*, 1906.
- TESTUT. — Anatomie humaine.
- VILLARD. — *Soc. chir., Lyon*, 5 juillet 1900.
- VILLARD ET CREYSEL. — *Rev. Franç. Gynéc. et Obstétrique*, janvier 1925.
- VILLARD ET MICHON. — Péritonites séreuses pérutubaires (*Paris Médical*, 1926).

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	9
HISTORIQUE	11
CHAPITRE PREMIER.	
Etiologie et Pathogénie	15
CHAPITRE II.	
Etude anatomique	21
CHAPITRE III.	
Etude clinique	25
CHAPITRE IV.	
Diagnostic	33
CHAPITRE V.	
Traitement	39
OBSERVATIONS	47
CONCLUSIONS	71
BIBLIOGRAPHIE	75
